

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1285

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves DUFRAICHE

Né le 49 Novembre 1912 à Peillac (Morbihan)

LA STOMATITE

Symptôme de début de l'anémie
pernicieuse gravidique

Traitement de cette anémie par la méthode de Whipple

Président : M. le Professeur JEANNIN

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—
1939

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves DUFRAICHE

Né le 19 Novembre 1912 à Peillac (Morbihan)

LA STOMATITE

Symptôme de début de l'anémie
pernicieuse gravidique

Traitement de cette anémie par la méthode de Whipple

Président : M. le Professeur JEANNIN

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—
1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINI
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N....
	HAZARD
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri) ..	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.
J. BEZANÇON	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS...	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

HEITZ-BOYER ...	Pathologie chirurgicale
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale
VANDESCAL	Obstétrique.

à titre permanent.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE.

A MON PERE

In memoriam.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN,

Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,

*qui nous fait l'honneur de présider
cette thèse.*

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE RENNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BRAULT,

Ancien Chef de Clinique obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Rennes.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547906_0041

AVANT-PROPOS

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici l'histoire, l'étiologie, la pathogénie et l'étude clinique de l'anémie pernicieuse gravidique : ces différents points ont déjà fait l'objet de multiples travaux. Nous n'y reviendrons pas.

Nous voudrions seulement nous efforcer de mettre en évidence la difficulté du diagnostic de l'anémie pernicieuse gravidique au début, et rechercher parmi les multiples symptômes qui marquent cette période, s'il n'en est pas un qui, par sa constance, puisse servir à déceler précocement cette affection. Ce sera l'objet de la première partie de cette thèse.

La deuxième partie sera consacrée à l'étude du traitement de l'anémie pernicieuse de la grossesse par l'ingestion de foie cru, suivant la méthode Whipple.

I

Nous exposerons tout d'abord quelques observations d'anémie pernicieuse gravidique. Pour la grande majorité, nous les tenons de M. le Docteur Brault, de Rennes, qui les a très aimablement mis à notre disposition. Nous lui en sommes très reconnaissant. Il ne nous est malheureusement pas possible de les faire figurer toutes dans ce petit ouvrage. Nous avons été obligé de faire un choix et de retenir les plus caractéristiques.

Observation I (personnelle)

Mme Th..., 26 ans, Vitré.

3^e GROSSESSE.

Antécédents

Aucun passé pathologique. Deux grossesses normales. Accouchements normaux.

Grossesse actuelle

Dernières règles : vers le 15 octobre 1938.

Terme probable : vers le 25 juin 1939.

Vers la mi-octobre 1938, cette femme se plaint de *stomatite* qui persiste jusqu'au début de janvier 1939.

Dans les premiers jours de 39, la stomatite disparaît. Mais deux nouveaux symptômes font leur apparition : de l'asthénie et une toux sèche, quinteuse, très difficile à calmer.

Début février la toux a disparu, l'asthénie persiste et s'accroît. Nouvelles syncopes les 19, 21, 22, 25 février. Le 21 février, Mme Th... s'alite. Elle est extrêmement fatiguée, pâle, muqueuses décolorées, état syncopal perpétuel. Pouls petit, rapide (à 120 ou 130). Température normale.

Le 3 mars, nous commençons des injections d'extrait de foie, à raison d'une ampoule par jour. *Ces injections sont très douloureuses. La malade ne peut les tolérer.* Nous cessons après la quatrième ampoule et commençons à faire ingérer du foie de veau cru (80 à 100 gr.), deux ampoules d'extrait de foie buvable, de la limonade chlorhydrique.

Le nombre des globules rouges est de 1.200.000 le 10 mars 1939.

Taux de l'hémoglobine : 50 à 55%.

Evolution

Les 5, 6, 7 mars, syncopes, puis l'asthénie commence à diminuer, l'état syncopal disparaît, la malade peut s'asseoir dans son lit. La pâleur s'atténue les muqueuses se recolorent. L'état général s'améliore d'une façon progressive.

Le 9 avril, la malade se lève, l'appétit est devenu normal. Vers le 20 avril, Mme Th... a repris ses occupations habituelles. A cette date elle cesse les ingestions de foie cru. Pendant une quinzaine de jours elle continue les extraits de foie ingérables, puis cesse tout traitement. Elle se portera très bien jusqu'à son accouchement.

Le 11 juillet 39, accouchement normal, garçon pesant 3 kg. 750. Délivrance normale, sans hémorragie, mais vingt minutes après la délivrance, état syncopal, pouls à 115-120, bien frappé. Cœur : rythme embryocardique. Pâleur de la face.

Nous faisons 20 cc. d'huile éthéro-camphrée et une ampoule de pressyl. L'état s'améliore. Mais dans les deux ou trois jours qui suivent, à différentes reprises la tendance aux syncopes est réapparue. Le faciès est toujours pâle. Troubles gastro-intestinaux : inappétence, diarrhée. Le cœur est arythmique. Le pouls varie entre 100 et 130. La température est montée à 39°; elle est restée à 38° pendant

trois jours. Absolument rien d'anormal du côté de l'utérus.

Traitement. — Injection quotidienne matin et soir de 5 cc. d'huile éthéro-camphrée à 10%. Une à deux ampoules d'extrait de foie par la bouche, et ingestions de foie cru à partir du 22 juillet.

Amélioration rapide de l'état général. Réapparition de l'appétit, lever vers le 8 août. Guérison définitive.

Observation II

publiée par le D^r Brault, de Rennes

Mme V..., 30 ans, à Rennes.

3^e GROSSESSE.

Antécédents

Première grossesse en 1926, qui se termina, après une période d'albuminurie assez marquée, paraît-il, par l'expulsion d'un fœtus de six mois. Mort.

Deuxième grossesse : fausse couche de 2 mois 1/2 le 17 juillet 1927. Devient enceinte aussitôt.

Grossesse actuelle

La femme se présente à ma consultation pour la première fois, le 29 novembre 1927, paraissant enceinte d'un peu plus de trois mois. Femme obèse, d'aspect général médiocre. Je ne la revois que le 13 janvier 28, parce qu'elle fait une angine légère. Elle me rappelle le 30 janvier, se sentant très fatiguée. Elle présente alors tous les signes d'une anémie grave : pâleur extrême de la face et des muqueuses. *Stomatite* assez marquée. Œdème discret des membres inférieurs, etc...

L'examen du sang prélevé ce jour donne le résultat suivant :

Globules rouges. 1.750.000

Globules rouges nucléés :

normoblastes. 9,49% leuco.

mégalo blastes. 0,73% leuco.

Globules blancs. 3.000

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles 71,35

— éosinophiles. 2,43

Grands et moyens *mono* 13,20

Petits *mono*. 12,20

Myélocytes neutrophiles 0,82

Et le laboratoire (P^r Chevrel) conclut :

« Anémie sérieuse dont le pronostic paraît histologiquement assez sévère. »

Je fais une injection de 2 cc. de sang du mari : on en fera, deux jours après, une seconde de 5 cc., mais on ne continuera pas, la malade s'y refusant.

Je prescris l'ingestion quotidienne de 250 gr. de foie de veau cru. La femme se refuse à en prendre une telle quantité et à la prendre crue. Elle se borne à ingérer 100 à 150 gr. de foie cuit au beurre qu'elle m'affirme d'ailleurs très peu cuit. Malgré cela, le résultat est surprenant : l'anémie disparaît et en moins de trois semaines la femme a repris l'aspect qu'elle avait au début de la grossesse.

Le 22 mars 1928, l'état de la femme est parfait, l'enfant bien vivant. Elle continue à prendre du foie deux à trois fois par semaine. Je revois la malade le 21 avril 1928, elle n'est plus anémiée, mais est, au contraire, rouge, congestionnée, présente un œdème assez marqué des membres inférieurs et des traces d'albumine. L'enfant est encore bien vivant. Je fais un prélèvement de sang : les globules rouges sont revenus à 4.000.000; les globules blancs à 5.000. Il n'y a plus que 2% de normoblastes, plus de mégalo blastes ni de myélocytes.

L'enfant succombe deux ou trois jours après ma visite « in utero », sans cause apparente autre que l'état de toxémie gravidique évident à ce moment, et est expulsé le 2 mai 1928.

Les suites de couches sont normales. La femme reprend, malgré mon avis, ses occupations une semaine après l'accouchement et est actuellement bien portante (juin 1928).

Deux grossesses depuis : enfants vivants et bien portants.

Observation III

Mme R..., 29 ans, à Goven.

3° GROSSESSE.

Antécédents

Première et deuxième gestation normales.

Grossesse actuelle

Dernières règles en septembre 1927. Se serait sentie souffrante en février 1928. Traitée pour sciatique (??). Vers le 8 juin 1928, vue par un médecin qui diagnostique une anémie.

Accouchée le 23 juin 1928. Accouchement spontané, pour lequel le médecin donna une très petite quantité de chloroforme. Enfant vivant.

Le D^r Brault est appelé en consultation. Il trouve une femme qui présente une céphalée intense. Une somnolence marquée. Une pâleur extrême. Des muqueuses décolorées. Une *stomatite* assez marquée. Cœur régulier, sans souffle. Pouls à 80-90. T. A. : 14-9. Pas d'œdèmes.

Un examen de sang est pratiqué ce jour et donne les résultats suivants :

Globules rouges.	1.780.000
Taux de l'hémoglobine	45%

« Anémie avec signes de rénovation »

Traitement. — Hémostra H. Cl. Huile camphrée et foie de veau cru.

Evolution. — Guérison parfaite et définitive.

Observation IV

Mme P..., 42 ans, Trémoré.

3^e GROSSESSE.

Antécédents

Rien à signaler.

Premier accouchement en 1923, à terme : enfant mort à 14 jours.

Deuxième accouchement en 1926, à terme : enfant mort à 3 ans, de méningite.

Grossesse actuelle

Début : novembre 28. A partir de janvier 29, asthénie qui persiste pendant toute la grossesse. Aurait eu de la *stomatite* pendant deux mois et de l'albumine dans ses urines.

Accouchée le 27 juin d'un prématuré pesant 2 kg. 500 environ. L'état général s'aggrave le 6 juillet 1929. Le médecin traitant appelle le D^r Brault, qui constate une anémie intense. Décoloration des muqueuses. Pas de stomatite, pas d'œdème de la face. L'œdème des membres inférieurs a disparu. Température à 37°. Pouls rapide à 110. T. A. : 16-8,5. La malade est dyspnéique.

Examen du sang le 6 juillet 1929. Nombre de globules rouges : 1.080.000.

Traitement. — Le D^r Brault prescrit du foie de veau cru et de l'Hépatrol.

Evolution. — La femme a guéri assez rapidement.

En décembre 1933, elle est en excellente santé, ainsi que son enfant. Elle n'a pas eu de nouvelle grossesse.

N. B. — Le médecin traitant de cette femme a vu, depuis janvier 1929, trois anémies pernicieuses gravidiques qui n'ont pas été traitées par la Méthode de Whipple et qui sont décédées.

Observation V

Mme A..., 25 ans, Marcillé-Robert.

3° GROSSESSE.

Antécédents

Premier accouchement : septembre 1926 (forceps).

Second accouchement : 1928 (forceps) ; grossesse pénible : Anémie (??).

Grossesse actuelle

Dernières règles : 10 octobre 1928.

Terme probable : 20 juillet 1929.

Normale jusqu'à 4 mois et demi. A cette époque apparaît une fatigue générale. Au début du huitième mois (10 juin 1929) : albuminurie légère. Troubles gastro-intestinaux intenses : diarrhée, vomissements. Est traitée pour toxémie gravidique. On lui fait une saignée.

Le 22 juin 1929, on pense à une anémie pernicieuse gravidique. La formule sanguine est la suivante :

Globules rouges :

Globules rouges.	1.400.000
Poïkylocytose et anisocytose.	nettes
Polychromatophilie	très marquée
Globules rouges nucléés	5% leuco., dont 2% mégalooplastes.

Globules blancs :

Globules blancs.	6.000
Polynucléaires neutrophiles.	78%
Polynucléaires éosinophiles.	1
Grands mononucléaires	1
Moyens mononucléaires	8
Petits mononucléaires.	10
Myélocytes neutrophiles.	2

Le 27 juin 1929, le D^r Brault appelé constate : femme pâle, amaigrie considérablement. Ne présentant pas d'œdème. Elle est très dyspnéique et se plaint de céphalée.

Pouls : 100. Température : 36,9. T. A. : 14-8.

Fœtus vivant.

Traitement. — Depuis le 25 juin 1929, ingestion quotidienne de 150 à 200 gr. de foie cru et une ampoule d'extrait de foie buvable.

Evolution. — Le 28 juin, accouchement normal. Enfant assez chétif.

Le 5 juillet, femme déjà transformée. Elle est colorée. La fatigue a disparu. La respiration est normale. Très rapidement ce mieux s'est accentué et la guérison a été définitive.

Cette femme a eu trois grossesses depuis et n'a jamais refait d'anémie pernicieuse.

Formule sanguine le 6 juillet 1929 :

Globules rouges :

Globules rouges.	3.400.000
Poïkilocytose	nette
Polychromatophilie	nette
Globules rouges nucléés	9% leuco.

Globules blancs :

Globules blancs.	??
Polynucléaires neutrophiles	82,50
Polynucléaires éosinophiles.	0,50
Grands mononucléaires	3,50
Moyens mononucléaires.	10,24
Petits mononucléaires.	2,33
Myélocytes neutrophiles.	0,83

Observation VI

Mme B..., 27 ans, Mordelles.

2^e GROSSESSE.

Antécédents

A toujours été bien portante. Première grossesse normale, en 1925.

Grossesse actuelle

Dernières règles à la fin de juillet 1929. Au début de mars 1930, asthénie, *stomatite* et diarrhée. Traitée pour troubles digestifs dus à l'auto-intoxication gravidique. Fin avril 1930, son médecin pense à une anémie pernicieuse, appelle le docteur Brault en consultation (25 avril). Celui-ci confirme le diagnostic et préconise l'application immédiate de la Méthode Whipple sous forme de foie de veau cru. Mais la malade ne peut en tolérer que 50 gr. par jour. On y ajoute une ampoule d'extrait de foie buvable et de Trephonyl par jour.

La femme accouche le 2 mai 1930. Elle allait cliniquement mieux. L'enfant est vivant et bien constitué. La mère est fatiguée pendant une semaine, puis l'amélioration reprend. L'appétit revient.

L'asthénie disparaît et au bout d'un mois la guérison est complète.

La femme continuera le foie de veau pendant au moins un an après son accouchement.

Deux examens de sang ont été pratiquées : l'un le 26 avril 1930, au début du traitement et a donné le résultat suivant : nombre de globules rouges, 1.500.000 ; l'autre, le 7 mai 1930 (quelques jours après l'accouchement) : nombre de globules rouges, 1.650.000.

Observation VII

Mme C..., 28 ans, de Meillac.

2^e GROSSESSE.

Antécédents

Réglée à 12 ans.

A 15-16 ans, anémie assez intense.

Première grossesse en 1927 : normale, accouchement normal.

Grossesse actuelle

Dernières règles : fin septembre 1928.

Terme probable : vers début juillet 1929.

Vers la fin mars 1929 : apparaît l'asthénie et la pâleur.

Au début de 1929, *stomatite*, diarrhée, puis vomissements. Pas d'albuminurie.

Fin mai, anémie pernicieuse typique : décoloration très marquée. Asthénie. *La stomatite a disparu*. Pas d'œdème. Etat général franchement mauvais.

Fœtus vivant. Tête engagée.

Examen de sang le 30 mai 1929.

Globules rouges :

Numération des globules rouges....	635.000
Taux de l'hémoglobine	35 à 40%
Poïkilocytose.	nette
Anisocytose.	légère
Polychromatophilie.	très nette
Mégaloblastes.	1% leuco.
Normoblastes.	1% leuco.

Globules blancs :

Numération des globules blancs.	3.000
Polynucléaires neutrophiles.	74,5%
Polynucléaires éosinophiles.	1,9%
Polynucléaires basophiles.	0
Grands et moyens mononucléaires . . .	14,8
Petits mononucléaires.	4,9
Myélocytes neutrophiles.	3,9

Traitement. — Hémostra. Huile camphrée. Foie de veau cru et Hépatrol buvable.

Le 10 juin 1929, cliniquement *femme guérie*. Enfant vivant.

Examen de sang le 10 juillet.

Numération des globules rouges, 1.373.000.

Conclusion. — Anémie en régression. Signes évidents de régénération sanguine intense (D^r Chevrel.)

Evolution. — Accouchement spontané à terme (fille), 7 juillet 1929. Enfant et mère en bon état.

L'année suivante, nouvelle grossesse. L'anémie récidive. La femme ne suit aucun traitement et meurt.

Observation VIII

Mme B..., 28 ans, Congrié (Mayenne).

2^e GROSSESSE.

Antécédents

Première grossesse en 1928 : accouchement par forceps. Enfant mort.

Grossesse actuelle

Début en février 1932.

En mai, anorexie, vomissements, diarrhée, dyspnée pâleurs de la face.

Le 19 août 1932 entre à la clinique Saint-Vincent à Rennes, dans le service du D^r Brault. Malade présente des signes d'anémie très marqués, de la bouffissure du visage, des œdèmes généralisés. Souffle systolique de la base. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Formule sanguine (20 août 1932)

Nombre de globules rouges	1.160.000
Taux de l'hémoglobine	15%
Nombre de globules blancs	10.000

Traitement. — Hémostra (5 cc.)

Hépatrol.

Foie de veau cru (125 gr.).

Evolution. — 29 août 1932, recoloration du visage; œdèmes diminués.

Formule sanguine :

Nombre de globules rouges	1.500.000
Taux de l'hémoglobine	45%
Nombre des globules blancs	9.000

Formule sanguine (6 septembre 1932) :

Nombre des globules rouges	2.400.000
Taux de l'hémoglobine	50%
Nombre de globules blancs	16.000

26 septembre. — Visage très coloré. Léger souffle mésocardique inorganique. Persistance d'œdème malléolaire.

2 novembre. — Formule sanguine :

Nombre des globules rouges 3.525.000

Nombre des globules blancs 12.000

13 novembre. — Césarienne basse. Enfant vivant.

30 novembre 1932. — Formule sanguine :

Nombre des globules rouges 3.900.000

Nombre des globules blancs 18.000

Cette femme est rentrée chez elle en parfaite santé les premiers jours de décembre.

Observation IX

Mme H..., 32 ans, Ploermel.

5^e GROSSESSE.

Antécédents

Première grossesse en 1926, deuxième accouchement en 1927 : accouchements normaux, enfants vivants.

Troisième accouchement en 1928 : accouchement normal, enfant mort à 16 jours.

Quatrième accouchement en 1930 : accouchement normal, enfant vivant.

Grossesse actuelle

Début : juin 1931.

Terme probable : 15 mars 1932.

Normale jusqu'à la mi-janvier 1932, où apparaissent vomissements, asthénie, œdèmes discrets.

29 février 1932. — Entrée à la clinique Saint-Vincent, à Rennes, dans le service du D^r Brault. Femme décolorée présentant une asthénie profonde et quelques vomissements. Les urines contiennent de l'albumine en quantité notable. T. A. : 12-7,5.

Globules rouges	1.020.000
Taux de l'hémoglobine	35%
Globules blancs	9.000

« Anémie pernicieuse sans tendance à la régénération. » (D^r Chevrel.)

1^{er} mars 1932. — Accouchement spontané normal d'un enfant vivant pesant 2 kg. 420. Aucune perte de sang. Etat général sévère.

Traitement :

Sérum glucosé (500 gr.).

Hémostra (5 cc.).

Hépatrol.

Foie de veau cru (150 gr.).

Evolution :

6 mars. — Etat général encore médiocre, mais l'examen du sang révèle « *une formule de régénération intense* ». (D^r Chevrel.)

14 mars. —

Nombre des globules rouges	1.220.000
Taux de l'hémoglobine	36%

19 mars. — Formule sanguine :

Globules rouges	3.440.000
Taux de l'hémoglobine	65%
Globules blancs.	8.000

Guérison.

Observation X

Mme R..., 29 ans, à Rennes.

3^e GROSSESSE.

Antécédents

Les deux premières grossesses ont été pénibles, s'accompagnant d'anémie, mais se sont terminées d'une façon normale.

Grossesse actuelle

Début en septembre 1932. Fatigue générale le 28 octobre 1932. Utérus de 4 mois. Anémie interne. Stomatite. Anorexie.

Examen du sang le 18 novembre 1932 :

Nombre de globules rouges	1.200.000
Taux de l'hémoglobine	10%
Nombre de globules blancs	14.600

Traitement :

Lit.

Foie de veau cru (125 gr, par jour).

Elixir chlorhydrique.

Hépatrol (1 ampoule).

Hémostra (1 ampoule).

Evolution. — Guérison.

Examen du sang le 30 novembre 1932 :

Nombre de globules rouges	2.200.000
Nombre de globules blancs	1.500

Examen du sang le 4 février 1933 :

Nombre de globules rouges	2.500.000
Taux de l'hémoglobine	55%
Nombre de globules blancs	9.000

Observation XI

Mme P..., 27 ans, à Hirel.

5^e et 6^e GROSSESSES.

Antécédents

Première grossesse deux ans après son mariage; accouchement 7 mois : enfant mort.

Deuxième grossesse un an plus tard; accouchement à 6 mois : fœtus mort. Bordet-Wassermann négatif.

Troisième grossesse. Traitement spécifique. Menace d'avortement à différentes reprises. Puis apparition d'asthénie. Toux sèche, Anorexie; pâleur extrême. Malade cadavérique. Etat général très grave. 1.500.000 globules rouges. Plusieurs transfusions; la malade a survécu et a mis au monde un enfant vivant.

Quatrième grossesse l'année suivante. *Même état.* A 6 mois, transfusion sanguine. Le soir, même crise, extrêmement dramatique, se terminant par l'expulsion d'un fœtus mort.

5^e GROSSESSE.

Le 11 février 1937, la femme enceinte de quatre mois et demi présente les mêmes symptômes

d'anémie pernicieuse gravidique grave. Elle consulte, sur les conseils de son médecin, le D^r Brault, car elle redoute la transfusion sanguine.

Un examen de sang pratiqué le 16 février 1937 par le D^r Chevrel donne les résultats suivants :

a) Azotémie. 0 gr. 24

b) Formule sanguine :

Nombre de globules rouges. 1.960.000

Nombre de globules blancs. 3.000

c) Réaction de Bordet-Wasserman ... négative

Traitement :

Hémostra.

Hépatrol.

Ingestion de foie cru.

Evolution. —

18 mars 1937. — Formule sanguine :

Globules rouges 2.260.000

Globules blancs. 1.000

Au point de vue clinique, il y a une amélioration progressive de l'état général. Et jusqu'au 10 juillet 1937 la malade peut s'occuper de son ménage.

13 juillet 1937. — Accouchement normal d'un enfant parfaitement constitué. Suites de couches normales.

6° GROSSESSE.

A la fin de novembre 1937, Mme P... est à nouveau enceinte. Le 18 janvier 1938 elle consulte le D^r Brault, qui lui conseille des ingestions quotidiennes de foie cru, parce qu'elle présente des petits signes d'anémie. La malade suivra exactement le traitement et accouche fin août dans des conditions normales.

Observation XII

Mme H..., 34 ans, à Combourg.

3° GROSSESSE.

Antécédents

Deux grossesses normales.

Grossesse actuelle

Début fin juin 1936. Evolution à peu près normale jusqu'au dernier mois, où apparaissent : As-thénie, *stomatite* et légers œdèmes.

Accouchement normal le 17 mars 1937 d'un enfant pesant 2 kg. 250. Aucune hémorragie.

Etat anémique très prononcé. Pâleur et bouffissure de la face, œdèmes.

26 mars 1937. — Même état. Température normale. Pouls à 100-110. T. A. : 12,5-7. Absolument rien d'anormal du côté de l'utérus.

Traitement :

Limonade chlorhydrique.

Extrait de foie buvable.

Foie cru.

Evolution. — Guérison.

Observation XIII

Mme Ch., 25 ans.

3^e GROSSESSE.

Normale jusqu'au sixième mois. A partir de ce moment, une anémie pernicieuse apparaît progressivement. Le médecin préconise chaque jour trois ampoules d'extrait de foie buvable. Aucune amélioration.

Le D^r Brault préconise du foie cru, mais la malade ne l'accepte pas.

Le 30 août 1938 elle accouche. Son état général s'aggrave et elle meurt le 8 septembre.

Observation XIV

Mme D..., 27 ans.

2° GROSSESSE.

Vers le cinquième mois apparition d'une stomatite, puis d'un syndrome anémique (globules rouges, 1.600.000). (6 octobre). Ingestion de foie de veau cru. Accouchement le 6 octobre. Sortie de la clinique le 22 octobre. Guérison complète.

Observation XV

Mme J..., 28 ans.

PREMIERE GROSSESSE.

Anémie très grave ayant débuté par de la stomatite. Le médecin traitant fait dix injections d'extrait de foie, sans aucune amélioration (mai 1939). Nombre des globules rouges : 606.250. Taux de l'hémoglobine : 15%. (2 juin 1939.)

Mort le 3 juin 1939.

Observation XVI

Mme G..., 38 ans.

PREMIERE GROSSESSE.

Stomatite et troubles digestifs traités pour phénomènes d'auto-intoxication gravidique, puis syndrome anémique très marqué.

Le 16 avril 1938, globules rouges, 1.600.000.

Traitement. — 250 à 300 gr. de foie de veau cru chaque jour.

Le 9 mai, globules rouges : 3.300.000.

Le 10 mai, accouchement.

Le 14 mai, globules rouges : 2.500.000.

Guérison.

II

L'examen des diverses observations que nous venons d'exposer montre combien il est difficile de diagnostiquer une anémie pernicieuse à son début. La malade présente en effet des symptômes très variables et très nombreux : troubles digestifs (anoréxie, vomissements, diarrhée, stomatite), troubles laryngés : toux quinteuse; troubles nerveux : céphalées, somnolence; troubles généraux : asthénie; et enfin albuminurie.

Cet ensemble de symptômes est à peu près celui que l'on trouve dans les manifestations de l'auto-intoxication gravidique à la période d'éclampsisme. L'on conçoit dès lors qu'en présence d'un tel tableau clinique chez une femme enceinte, le médecin pense avant tout à l'auto-intoxication gravidique, et préconise un traitement destiné à éviter les complications susceptibles d'en résulter. La femme est mise au régime lacté. On lui supprime avant toute chose la viande (obs. V, VI, XVII). Malgré ce traitement, les choses ne s'améliorent pas, bien au

contraire. L'asthénie s'accroît et un nouveau symptôme apparaît : la décoloration des téguments et des muqueuses. La femme fait un syndrome anémique avec ses différentes manifestations.

A cette période le diagnostic est évident. N'est-il pas possible de le faire d'une façon plus précoce ? Cela éviterait de faire une thérapeutique néfaste. Le traitement de l'anémie pernicieuse est en effet à peu près l'opposé de celui de l'auto-intoxication gravidique. L'on conçoit l'intérêt qu'il y a à éviter d'une façon rapide de confondre ces deux affections.

Il importe donc de rechercher parmi les multiples manifestations cliniques qui peuvent marquer le début de l'anémie pernicieuse gravidique s'il n'est pas un élément qui, par sa fréquence, puisse aider, sinon à diagnostiquer d'une façon certaine, du moins à suspecter fortement cette affection.

Il semble que l'analyse des observations publiées au chapitre précédent apporte satisfaction à cet égard. Nous y trouvons mentionné en effet que, sur 16 malades, 11 ont présenté au début de leur affection de la stomatite. Dans les autres cas il est seulement indiqué qu'il y a eu des troubles digestifs.

Chez certaines malades, cette stomatite est apparue d'une façon très précoce, avant toute autre manifestation (I, IV, VI, XII, XIV, XV ; XVI). La ma-

lade que nous avons suivie personnellement avait présenté de la stomatite pendant deux mois et demi; elle n'avait d'ailleurs pas consulté pour cela. Quand nous l'avons vue, il n'y avait plus rien d'anormal dans la bouche. Car l'une des caractéristiques de cette stomatite, c'est, avec sa précocité, sa disparition fréquente au moment où l'anémie est installée. Et, dans ce cas, c'est par l'interrogatoire que l'on réussit à savoir qu'elle a existé. C'est un point sur lequel il nous semble intéressant d'insister. Il est possible, en effet, qu'au moment de la consultation la femme se plaigne d'asthénie, d'anorexie, etc; or, ces symptômes prendront une valeur et une signification particulières si l'on apprend que, dans les semaines précédentes, la femme a présenté de la stomatite. L'esprit se tournera alors vers la possibilité d'une anémie pernicieuse gravidique. Ainsi évitera-t-on une erreur de diagnostic qui, elle-même, entraînerait une thérapeutique dont les conséquences pourraient être fâcheuses.

En présence d'une stomatite chez une femme enceinte, il faut toujours penser à l'anémie pernicieuse. Ce symptôme se retrouve avec une telle fréquence, dans cette affection, qu'il doit en être considéré comme un signe sinon pathognomonique, du moins de grande probabilité.

III

Jusqu'à ces dernières années, le pronostic de l'anémie pernicieuse était très sombre. Aucun traitement vraiment efficace ne pouvait être opposé à cette maladie. L'évolution en était très souvent fatale.

Whipple, en 1927, préconise une nouvelle thérapeutique des anémies pernicieuses, consistant en l'absorption de foie de veau cru. Les résultats de cette méthode sont concluants. Mais elle présente un inconvénient : il est parfois très difficile et même impossible de faire avaler du foie de veau cru à des malades qui déjà ont un appétit très capricieux. Dès lors on essaie de vaincre cette difficulté en substituant au foie cru des extraits de foie buvables, puis bientôt des extraits injectables. Si bien que l'emploi du foie cru a presque complètement cédé place aux extraits hépatiques.

Que faut-il penser de ces nouvelles méthodes ? Et d'abord l'absorption du foie cru est-elle vraiment aussi difficile qu'on veut bien le dire ? Reportons-nous à nos observations. Nous pouvons y constater que 14 malades sur 16 ont réussi à prendre du foie d'une façon régulière. Les quantités ingérées varient assurément. Certaines malades ne peuvent en absorber que 50 grammes par jour (obs. VI), d'autres au contraire en tolèrent aisément 200 et même 300 grammes (obs. II, V, XVI). Mais la moyenne des malades arrivent sans trop de difficulté à ingérer 100 à 150 grammes. Il faut bien se rappeler que si les malades acceptent difficilement le foie cru, c'est qu'elles en ont répugnance. Il suffit bien souvent d'un petit artifice culinaire pour vaincre cet obstacle. Divers procédés ont été fréquemment indiqués. Pour notre part nous en avons employés deux. L'un consiste à hacher le foie aussi menu que possible, à enlever tous les débris de vaisseaux, de façon à faire une bouillie très homogène. On prend ensuite une petite quantité de ce foie et on la met dans un bol. On y ajoute du bouillon de légumes tiède, on mélange soigneusement, l'on ajoute à nouveau du foie, puis du bouillon de légumes, et ainsi de suite. Une malade qui employait ce procédé arrivait bien aisément, et sans

aucune répugnance, à prendre chaque jour 150 à 250 grammes de foie.

Le second procédé consiste à enrober des boulettes de foie, haché comme il a été indiqué ci-dessus, dans un peu de purée de pomme de terre, et de passer ces boulettes au four pendant quelques instants. C'est ainsi que nous avons réussi à faire prendre du foie à la malade de l'observation I.

Quelquefois ces petits artifices ne suffisent pas à vaincre la volonté de la malade bien décidée à ne pas manger de foie cru. Ici, bien souvent l'entourage joue un rôle néfaste. Les personnes chargées de veiller sur la malade n'ont pas toujours la volonté et la patience suffisantes pour lui imposer ce traitement. Au moindre refus de cette dernière elles s'avouent vaincues. Il est bien certain qu'une telle malade bénéficierait beaucoup d'un séjour, soit à l'hôpital, soit à la clinique, où l'on réussira le plus souvent à obtenir un minimum de bonne volonté.

Si nous insistons tant sur la nécessité de faire absorber du foie de veau cru aux femmes enceintes atteintes d'anémie pernicieuse, c'est que cette méthode en a vraiment transformé le pronostic. Sur les 16 cas que nous avons exposés, tous ont été traités par la méthode de Whipple, 14 de ces malades

ont guéri d'une façon définitive. L'une d'entre elles (observation XI), ayant fait une récurrence au cours d'une nouvelle grossesse, a été traitée de la même façon et a guéri. Les deux cas de mort sont survenus chez des femmes qui n'avaient pas ingéré de foie cru. A l'une (observation XIII), il avait été prescrit chaque jour trois ampoules d'extrait de foie buvable (Hépatrol), d'ailleurs mal toléré; à l'autre (observation XV), une série de dix injections intra-musculaires d'extrait de foie sans aucune amélioration. Il est bien certain que cette dernière malade présentait une anémie extrêmement grave, puisque le nombre des globules rouges était de 606.250, et que le taux de l'hémoglobine était tombé à 15% ! Mais parmi les malades à qui l'on a fait ingérer du foie cru, nous trouvons également une forme très sérieuse (obs. VII), où le nombre de globules rouges est de 635.000 et le taux de l'hémoglobine 35%. Or, chez cette femme, après dix jours de traitement, les globules rouges sont remontés à 1 million 373.000 ! et elle a parfaitement guéri.

Non seulement chez toutes les malades ainsi traitées la guérison a été obtenue, mais ce résultat est en général acquis dans des temps très courts (observations VII, IX, XI, XIV, XVI), même dans les formes graves ou chez des malades ayant eu à subir

de grosses interventions au moment de l'accouchement (observation VIII).

Signalons que l'une de ces malades (observ. VII), guérie d'une première anémie à forme très sévère (635.000 globules rouges), fait une récédive l'année suivante au cours d'une nouvelle grossesse, mais ne suit aucun traitement et meurt.

L'influence heureuse de la thérapeutique par ingestion de foie cru chez toutes les malades atteintes d'anémie pernicieuse est donc indéniable. Il est bien certain que dans la plupart des cas cités ci-dessus les extraits hépatiques buvables ont été employés comme adjuvants. Il serait ridicule de ne pas mettre tout en œuvre pour juguler une affection aussi grave que celle qui nous intéresse en ce moment. Cependant, il faut noter que dans aucun cas il n'a été fait usage d'extraits injectables. Nous avons essayé leur emploi chez le malade de l'observation I, mais les injections faites très profondément dans les muscles fessiers étant très douloureuses, nous avons dû les abandonner. A différentes reprises nous avons eu des ennuis analogues chez d'autres malades, et avons dû cesser les injections.

En définitive, si le foie cru est parfois difficile à faire absorber, les extraits de foie buvable sont eux-mêmes de temps à autre mal tolérés, les extraits in-

jectables presque toujours douloureux et souvent leur emploi doit être interrompu.

Dès lors, ces trois procédés semblent avoir des inconvénients qui s'équilibrent à peu près et ne doivent pas entrer en ligne de compte pour le choix d'un traitement.

Seul doit être envisagé alors le but à atteindre. Nous nous sommes efforcés de montrer dans ce bref exposé quels beaux résultats donne habituellement l'ingestion de foie cru, et nous espérons avoir prouvé la supériorité de cette méthode comme traitement de base de l'anémie pernicieuse gravidique.

CONCLUSION

I. — Chez toute femme enceinte qui présente de la stomatite, il faut penser à la possibilité d'une anémie pernicieuse à son début.

II. — Eviter l'erreur de diagnostic — grave par les conséquences thérapeutiques qu'elle entraîne — qui consiste à prendre cette stomatite et les différents symptômes qui peuvent l'accompagner, pour des manifestations de l'auto-intoxication gravidique.

III. — A toute femme atteinte d'anémie pernicieuse gravidique, faire ingérer chaque jour 80 à 100 grammes, au moins, de foie de veau cru.

Grâce à cette thérapeutique, on peut espérer un résultat favorable chez toute malade dont le nombre des globules rouges n'est pas inférieur à 800.000.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur, de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Jourdain. — Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse gravidique. Thèse de Bordeaux, 1933-1934.

Baudouin. — Contribution à l'étude de l'anémie grave de la grossesse. Thèse de Paris, 1936.

P. Brault. — Un cas de guérison d'anémie pernicieuse gravidique avant l'accouchement, par ingestion de foie cru. Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie, 1928.

